Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 1323 de 2012

SOCIEDAD URUGUAYA DE NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA INTENSIVA (SUNPI)

ver exposición

GRUPO 5 DE AGOSTO NUTRICIONISTAS

ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 16 de octubre de 2012

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Daniel Radío.
MIEMBROS:	Señores Representantes Daniel Bianchi, Antonio Chiesa Bruno, Berta Sanseverino y Álvaro Vega Llanes.
INVITADOS:	Por SUNPI, doctores Wilson Guillén y Bernardo Alonso.
	Por los Nutricionistas, señores Daniel Prendez, Guillermo Zeballos, Daniel Cerioti y Pablo Iglesias y señoras Cristina Aguiar, Nilsa Roberts, Cecilia Arruabarrena, Graciela Gamarra.

SEÑOR PRESIDENTE (Radío).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Antes de que ingrese la delegación citada para el día de hoy, quiero informar que recibimos una Comunicación del Directorio de ASSE comunicándonos que en la sesión del 17 de octubre decidirán el día que concurrirán a la Comisión.

La Comisión tiene el agrado de recibir a una delegación de la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pedriatría Intensiva, SUNPI, integrada por los doctores Wilson Guillén, Presidente y Bernardo Alonso, Tesorero.

SEÑOR GUILLÉN.- Antes que nada queremos agradecer por recibirnos.

El motivo de esta reunión es para ponerlos en conocimiento de los reclamos que desde hace dos años viene haciendo la actual Directiva. Las Directivas anteriores también habían hecho reclamos similares. Nuestros reclamos se han centrado en tres puntos y lo hicimos mediante una carta dirigida a la opinión pública a fines de junio de este año. Dado que no se cumplió nada de lo que habíamos solicitado, realizamos una segunda nota dirigida a la doctora Beatriz Silva, con copia al Ministro y a la opinión pública, en la que

fundamentalmente pedíamos sobre tres puntos. El primer punto atiende a reformas estructurales edilicias que se necesitan en el Pereira Rossell, específicamente hablando del área en la que nosotros trabajamos, que es la de cuidados intensivos e intermedios. Allí hay dificultades edilicias importantes. Concretamente, en el área de recepción de recién nacidos hay una sola canilla que se utiliza para el lavado de manos y de materiales, y es absolutamente insuficiente para mantener una higiene adecuada. Además, hay manchas de humedad. En la sala de internación de recién nacidos críticos hay techos que se descascaran, lo que hace que muchas veces tengamos que ubicar estratégicamente las incubadoras para evitar la caída de esos desprendimientos de material. También hay dificultades múltiples en los baños y vestuarios, pero las que nombré al principio serían las más importantes.

El segundo punto planteado refiere a las carencias de equipamiento básico, que no es caro y que perfectamente podríamos tener en el Hospital Pereira Rossell. Por ejemplo, equipos de fototerapia para tratar la ictericia en los recién nacidos, que por carecer de ellos durante este año se tuvo que trasladar niños al sector privado solamente para recibir dicho tratamiento. Esto significa trasladar a un niño en ambulancia -la mayoría de las veces prematuro- para que durante tres, cuatro o cinco días, en una mutualista del sector privado, esté solamente para estar debajo de dos "Tubo Lux" a efectos de recibir el tratamiento de fototerapia. Por supuesto que hay otros aparatos más especializados que también se necesitan, por ejemplo, monitores, incubadoras, ventiladores de alta frecuencia. Reitero que carecemos de aparatos de poco costo.

El tercer punto que planteamos -que por ser el último no es el menos importante- refiere a los recursos humanos. Dadas las diferencias salariales que existen entre el sector público y el privado, hay una permanente migración de médicos del sector público al sector privado. La gente joven se forma en el Hospital Pereira Rossell, en salud pública, aprende, y cuando adquiere un grado de especialización -que no necesita ser muy alto; basta con que sepa manejarse solo- es absorbido por la actividad privada. Tenemos un permanente éxodo de gente valiosa, que si se le incrementara el valor de la hora de su trabajo en salud pública, se quedaría allí. Algo similar ocurre con enfermería, área donde permanentemente hay ausencia de enfermeros, tanto de licenciados en enfermería como en auxiliar de enfermería, sobre todo en los turnos vespertinos y nocturno. También hay grandes dificultades para cubrir los fines de semana. A eso se suma el ausentismo frecuente y la permanente migración hacia la actividad privada, porque allí llegan a cobrar el doble del salario que el que cobran en la actividad pública, tanto los auxiliares de enfermería como las nurses.

Por ese motivo consideramos que es importante sentarse a discutir un incremento salarial o las mejoras de las condiciones laborales. Apoyamos los reclamos de enfermería en ese sentido.

Con respecto a estos tres reclamos, además de haber conversado al respecto con ASSE en reiteradas oportunidades, los denunciamos ante la opinión pública a efectos de conseguir mayor apoyo. Dado que nuestros esfuerzos se dirigían fundamentalmente a una mejor atención de los usuarios de salud pública, era importante que estuvieran enterados de la situación y se comprometieran con ella. En ese sentido, hicimos volantes explicando en forma breve a los padres de los niños internados las carencias con las que nosotros estábamos trabajando. Además, pedimos entrevista con las asociaciones de usuarios de salud pública, que nunca nos contestaron.

A su vez, en dos oportunidades, pedimos una entrevista con el representante de los usuarios de salud pública en la Comisión Directiva de ASSE, el señor Wilfredo López, que nunca nos recibió.

Solicitamos esta entrevista con ustedes para que conozcan la situación. Luego de la última carta que entregamos recibimos una respuesta por escrito de ASSE, firmada por la Gerenta General de ASSE, doctora Alicia Ferreira -voy a dejar una copia a la Comisión, en la que responde específicamente a los tres puntos que nosotros reclamábamos. Si bien por primera vez nos responden algo concreto, no quedamos totalmente conformes, porque no dejan de ser promesas, que es lo que venimos escuchando desde hace dos años. Ella se refiere a las obras de remodelación desde el punto de vista de la planta física, da el nombre del arquitecto que está al frente del proyecto e, inclusive, habla de un área de seiscientos metros cuadrados y especifica por dónde se comenzarían las reformas.

Acabamos de tener una reunión en horas de la mañana con la Jefa del Servicio de Recién Nacidos, Beatriz Ceruti, quien nos comunicó lo mismo, pero que para eso se pueda cumplir la empresa constructora tiene que ser aprobada por ASSE y que, en caso de andar todo bien, las reformas no empezarían antes de diciembre de este año.

Con respecto a la compra de equipamiento, ella hace referencia a que se necesita la aprobación del Tribunal de Cuentas y una licitación pública, y figura el número de expediente de la licitación que está en marcha para la compra de equipamiento y que el resto se compraría con fondos de la Fundación Caldeyro Barcia, que recogieron a punto de partida de las colectas en los supermercados Devoto, por las donaciones voluntarias.

En tercer lugar, se refiere a que se están haciendo tratativas para mejorar la remuneración del personal de enfermería, sobre todo para el mejor pago de la nocturnidad a efectos evitar la migración en esa área y lograr mejor cobertura en los turnos que están con déficit.

Frente a esta respuesta no nos queda más que esperar. Hemos apostado al a negociación, como siempre hacemos, y esperamos que las buenas intenciones expresadas se cumplan.

Lo que nosotros queremos, en primer lugar, es que ustedes estén enterados de esta situación y, en segundo término, si es posible, que se constituyan en garantes de que esto se cumpla, es decir, que ustedes estén detrás de esta situación al igual que nosotros, y si es necesario poner un plazo. Por ejemplo, si luego de un mes sin tener novedades, que no seamos solamente nosotros quienes pidamos una entrevista con ASSE, sino también la Comisión, para saber qué pasos se han dado para cumplir esos puntos, tener mayores garantías de que esto no quede solo en promesas, y que antes de que este año termine hayamos avanzado en cuanto a nuestra solicitud.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera saber si las dificultades edilicias que plantean son problemas viejos.

SEÑOR GUILLÉN.- Son problemas viejos.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Se han realizado mejoras?

SEÑOR GUILLÉN.- En el sector de recién nacidos hace tiempo que no se realiza ninguna reforma. La planta física de la Unidad de Cuidados Intensivos de Niños, UCIN, donde se atienden los mayores de un mes hasta los quince años de edad, es nueva, tiene alrededor de diez años. En este último tiempo se ha tenido dificultades para mantener la infraestructura en forma adecuada y severos problemas en las áreas de vestuario y estar de enfermería, pues se llueve, el techo se descascara y hay canillas rotas. Específicamente, en el sector de UCIN hay un área nueva, que fue un proyecto de ASSE. Se trata de seis unidades nuevas con la última tecnología que se crearon para aumentar la capacidad de la unidad, con boxes aislados, con máximas condiciones de seguridad para evitar la transmisión de infecciones. Se terminaron a principios de este año, pero nunca se han podido inaugurar porque no tenemos los recursos humanos necesarios para atender a los niños que allí estarían internados. O sea que no solamente en el sector de cuidados intensivos de niños hay que derivar permanentemente todos los años en las épocas pico -de junio a setiembre- al sector privado porque no se pueden cubrir las veinte camas que componen la unidad porque no se tiene el personal suficiente, sino que además el área nueva nunca se ha podido inaugurar. Lo mismo sucede en el sector de recién nacidos con un grupo de ocho áreas, llamada áreas de nacer, que es una estructura pensada para que la madre haga el trabajo de parto allí en compañía de su familia, de su esposo. Es una planta física moderna que nunca se pudo inaugurar por no contar con los recursos humanos suficientes para atender a la gestante que ingresaría en ese lugar.

SEÑORA SANSEVERINO.- Agradezco toda la información aportada.

Simplemente para que conste en la versión taquigráfica, quisiera saber la fecha de la respuesta de ASSE a sus reclamos.

SEÑOR GUILLÉN.- La fecha es el 26 de setiembre y llegó a la Secretaría de nuestra Sociedad el 4 de octubre.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Cuándo se hicieron las gestiones ante el representante de los usuarios?

SEÑOR GUILLÉN.- Se hicieron en dos oportunidades. La primera vez, el señor Wilfredo López nos dio una fecha y, al día siguiente a la salida de nuestra segunda carta de denuncia canceló la reunión. Insistimos a través de una nota para tener una nueva oportunidad de reunirnos con él, pero nunca nos contestó.

SEÑOR VEGA LLANES.- Me gustaría saber cuántos médicos, personal de enfermería y auxiliares de servicio se necesitan para atender todas las camas, cuál es el motivo por el cual no se nombra esa gente, y si hay recursos suficientes en el Uruguay.

SEÑOR GUILLÉN.- Hay recursos suficientes en el Uruguay y en salud pública también. Como dijimos anteriormente, dada la diferencia salarial que existe tanto a nivel de enfermería como a de los médicos en salud pública y en el sector privado, se da una migración permanente de un sector hacia el otro. En la medida en que no haya un laudo único tanto a nivel de enfermería como médico, esto va a pasar permanentemente porque no solo se gana más, sino que las condiciones de trabajo son mejores, que no solamente van desde el área física, sino también del colchón donde uno duerme, desde lo que come, los artículos de higiene de que dispone y de lo agradable del lugar donde uno tiene que dormir o estudiar.

Por otra parte, hasta que no salga una nueva reglamentación, nos atenemos a lo que figura en el decreto de 1997 o 1998 -no recuerdo bien, que establece que en un área de cuidado intensivo tiene que haber un médico cada cuatro pacientes críticos, un médico cada seis pacientes de cuidados intermedios, una "nurse" cada dos pacientes críticos y otra cada cuatro pacientes de cuidados intermedios. En la medida en que esa relación establecida en el decreto no se cumple, y para poder brindar una atención adecuada a un niño, inevitablemente debemos bloquear camas. Cabe señalar que tenemos veinte camas en la unidad de cuidados intensivos, veintisiete en el CTI neonatal y muchas más en cuidados intermedios y en alojamiento conjunto; en realidad, hay más de cincuenta camas. Si en los sectores de cuidado intensivo y de cuidado intermedio ajustáramos exactamente la relación médico paciente y enfermera paciente según lo que está establecido, inevitablemente todos los años debemos bloquear camas. ¿Cuál es el número ideal? El necesario para que esa relación sea la adecuada. Aquellos que tienen la responsabilidad de nombrarlos saben perfectamente cuántos son. Basta saber cuántas camas tenemos y cuál es la relación que se debe cumplir para nombrar la gente.

Además, la carencia de personal en el área de cuidados intensivos de niños grandes es fundamentalmente estacional, en el período invernal, de junio a setiembre, que es cuando aumenta la epidemia de virus respiratorio sincicial, pero en recién nacidos es todo el año. No hay un predominio estacional.

Si bien la carencia de personal en el área de cuidados intensivos de niños grandes es predominantemente estacional, luego de que termina el período pico de infecciones respiratorias y termina el mes de setiembre, las licencias del personal de enfermería -que están suspendidas de junio a setiembre- empiezan a concederse. Entonces, si bien baja la demanda de camas de setiembre a diciembre, otra vez el personal es menor porque hay que sumar las licencias, las ausencias y la falta de suplentes, porque las listas también son escasas. Eso se da sobre todo en el sector de niños grandes. En el sector de recién nacidos esto se da todo el año, lo cual nos obligó, en forma coordinada con los ginecólogos, a tratar de que las embarazadas de alto riesgo no ingresaran al Hospital Pereira Rossell y fueran derivadas de entrada al sector privado. Si llegaba al Hospital una embarazada de riesgo, con un feto que seguramente fuera prematuro, no íbamos a tener las condiciones adecuadas para recibirlo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Recibimos la inquietud que nos hacen. Seguramente tomemos alguna resolución con respecto al envío de la versión taquigráfica de esta presentación a las autoridades correspondientes.

Debo comunicar que ya convocamos a las autoridades de ASSE por otro tema, y vamos a aprovechar la oportunidad para hacerles llegar vuestra inquietud.

SEÑOR GUILLÉN.- En la Comisión Directiva de la Sunpi hemos elaborado un análisis actual de la situación de la pediatría intensiva y neonatal con propuestas de soluciones hacia el futuro, que podemos enviarles.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos su presencia.

(Se retira de Sala la delegación de la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva)

(Ingresa a Sala una delegación del Sindicato Uruguayo de Nutrición "5 de Agosto")

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir a una delegación del Sindicato Uruguayo de Nutrición "5 de Agosto", integrada por las señoras Cristina Aguiar, Nilsa Roberts, Cecilia Arruabarrena y Graciela Gamarra y los señores Daniel Prendez, Guillermo Zeballos, Daniel Ceriotti y Pablo Iglesias.

SEÑOR IGLESIAS.- En primer lugar, queremos agradecer a los integrantes de la Comisión por habernos recibido.

En el día de hoy queremos presentar el estado de situación de la organización de nutricionistas, realizar algunas reivindicaciones y brindar algunos aportes hacia una política nacional de alimentación y nutrición como forma de mitigar algunas de las dificultades que se están presentando a nivel nacional con relación al perfil epidemiológico que se está viviendo.

En ese sentido, voy a solicitar al compañero Daniel Ceriotti que lea el documento que hemos preparado. Posteriormente, profundizaremos sobre algunas propuestas programáticas tendientes a abordar los problemas alimentarios de nuestra sociedad.

SEÑOR CERIOTTI.- Voy a dar lectura al documento que hemos elaborado, que contiene los puntos planteados por el compañero Iglesias.

(Se lee:)

SEÑOR IGLESIAS.- Voy a tratar de profundizar las ideas planteadas. Debido al tiempo de que disponemos, no voy a dar lectura al documento que hemos elaborado por medio del cual tratamos de impulsar algunas propuestas programáticas que consideramos necesarias.

En primer lugar, quiero decir que uno de cada tres uruguayos es hipertenso, que el 60% de la población tiene sobrepeso u obesidad y que el 40% de los niños tiene anemia. Entonces, frente a esa nueva realidad que vive nuestra sociedad, se plantea la necesidad de trabajar sobre el nuevo modelo social, aceptando algunas situaciones que estamos viviendo.

Queremos recordarles que nosotros trabajamos estos temas desde el punto de vista de la soberanía alimentaria, tratando de revertir los problemas de la globalización y del modelo neoliberal, lo cual ha repercutido en los patrones alimentarios en los últimos treinta o cuarenta años.

En ese sentido, queremos plantear una serie de ideas, entre las que se encuentran la de promover la experiencia de "Alimentos km 0", que es una propuesta de "Slow Food", que trata de promover la producción local y el consumo de alimentos nutritivamente mejores. Digo esto porque cuando me refiero a la hipertensión, no lo hago porque el problema fundamental sea el salero de mesa, sino porque los enlatados y los chacinados que se consumen hoy en día tienen un alto contenido de sodio, como así también todos los productos industrializados.

SEÑORA SANSEVERINO.- Quiero pedir disculpas porque debo retirarme

Por supuesto, he seguido con mucha atención la exposición realizada y tengo el material que han entregado a la Comisión. No quiero que piensen que me retiro por falta de interés, pero debido a que hoy es el Día Mundial de la Alimentación me está esperando una delegación. De todos modos, voy a leer la versión taquigráfica de la sesión de hoy ya que me interesa mucho este tema.

SEÑOR IGLESIAS.- Cuando nos retiremos de la Comisión iremos a escuchar la exposición que se realice.

Como decía, lo que pretendemos es que se genere una cadena de comercialización, producción y abastecimiento lo más cercana posible. En Argentina, por ejemplo, las Provincias están logrando su abastecimiento a través de su propia producción.

En realidad, nuestra propuesta está pensada para los entes públicos, como hospitales, centros Caif y organismos estatales que brindan alimentación, a fin de que puedan abastecerse de la producción local, como la pesca artesanal, entre otros.

Por otro lado, pesamos en la creación de una "Canasta Saludable". En ese sentido, consideramos que se podría generar una reducción impositiva para ciertos alimentos que son parte de nuestra cultura. Recordemos que la gente de contexto crítico prefiere consumir alimentos putrefactos y no deliciosas cucarachas, hormigas o sapos, que son manjares en otras partes del mundo. Ello se debe, en realidad, a que estos alimentos no están mercantilizados pero están disponibles y tienen un alto valor biológico; nuestra población no consume esos productos por un factor cultural.

Por otra parte, cuando se genera una cadena de producción, por ejemplo, con la carne, lo que hay que permitir es el abastecimiento y el acceso -porque hay disponibilidad- de nuestra sociedad. En ese sentido, lo que pretendemos es que se genere una reducción impositiva a alimentos que son de gran aporte nutritivo y que son culturalmente aceptados por nuestra sociedad. Por supuesto, me refiero por ejemplo a la carne, pero en particular a los cortes magros, ya que los uruguayos consumimos cortes grasos porque la carne de primera es exportada

Asimismo, hemos pensado en la implementación de la cuponera "Menú Saludable", que es una propuesta chilena. Con esta cuponera lo que se hace es brindar una alimentación saludable a los trabajadores. Por supuesto, para esto hay que asegurar una cadena de expendios en donde se elaboren y comercialicen alimentos para los cuales se certifique su valor nutricional; en realidad, lo que pretendemos es que los restoranes, las roticerías o los lugares en los que compramos comida rápida -ya que debido a nuestro estilo de vida no tenemos tiempo para elaborarla- tengan menús saludables y que quienes vayan a consumirlos puedan conocer su composición nutricional.

En ese sentido, nosotros consideramos que los comercios que elaboren esos alimentos pueden tener una reducción impositiva, como así también las empresas que brinden una alimentación saludable a través de la mencionada cuponera.

Por otro lado, queremos referirnos a los etiquetados. Lo que proponemos es que se coloque un sticker rojo a los alimentos que no son saludables, especificando el porcentaje de macro y micro nutrientes -es decir, su contenido nutricional, uno amarillo a los alimentos que puedan consumirse con moderación y uno verde a los que son de libre consumo, pero conteniendo el porcentaje del valor calórico diario de dicho alimento.

Hay que empezar a limitar en los medios masivos la publicidad sobre alimentos o productos que resulten engañosos como, por ejemplo, la yerba Silueta Ideal -la gente piensa que con eso adelgaza-, "Amerilab Efervescente", el té rojo; las famosas recetas mágicas y milagrosas deberían prohibirse a través de una ley de medios. Y ni hablar de que debemos generar una campaña masiva que impulse la alimentación saludable.

Consideramos necesario enmarcar todo esto en una ley y que los profesionales capacitados -en este caso, los nutricionistas, los ingenieros en alimentos- lleven adelante un sistema de certificación que garantice que el expendio de alimentos se brinda con los controles bromatológicos adecuados y que la alimentación es saludable.

Todos estos puntos están bien detallados en el documento. Hice una síntesis para hablar de su esencia.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Enviaron el primer documento al que hicieron referencia al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social?

SEÑOR IGLESIAS.- Sí, el 19 de setiembre se lo entregamos al señor Ministro.

SEÑOR PRESIDENTE.- El segundo documento tiene una parte de diagnóstico y, otra, cuasi programática. Será un insumo importante para el debate sobre los temas que tienen que ver con la

nutrición.

En cuanto al primer documento, me llama la atención que se diga que no se trata de una demanda corporativa. Es una demanda corporativa. No hay que tener miedo a ello. Todos tenemos derecho a hacer demandas corporativas. Lo recibimos como tal y enviaremos la versión taquigráfica a las instancias que nos parezcan correspondientes.

SEÑOR VEGA LLANES.- Más allá de que vamos a estudiar con detención el segundo documento, hay algunas cosas que hay que tener en cuenta.

Nosotros veríamos con buenos ojos que ustedes trataran de articular esto o algunos de sus aspectos en una ley. La realidad es que las reducciones impositivas, así como los aumentos, son potestades exclusivas del Poder Ejecutivo, no del Poder Legislativo. Esto es sabio porque, de lo contrario, acá todo el que viniera a pedirla, casi con seguridad, se llevaría una rebaja impositiva. Así funciona; el Poder Ejecutivo determina si hay o no rebajas impositivas.

En cuanto al resto, me parece una iniciativa muy importante.

Lo otro que quiero plantear es que a los profesionales en medicina que no son médicos les cuesta un poco tener un espacio. Los médicos no tenemos una formación en nutrición, pero cada vez con más asiduidad intentamos resolver, por una vía que no es la habitual -que es, simplemente, opinar lo que nos parece y no hacerlo científicamente-, el tema de nutrición. Cada vez más los nutricionistas van teniendo alguna participación en el equipo de salud, como cualquiera, pero hasta ahora el nutricionista ha sido una persona que pasa con una carpeta, anota qué le gusta comer a los demás y no participa del equipo.

Nosotros, en el medio donde trabajamos, hemos tratado de que el nutricionista integre el equipo, no solo en nutrición oral, sino además en nutrición parenteral y enteral. Nos parece que la forma de trabajar es que cada cual se ocupe de su área; las licenciadas en enfermería tienen su área de trabajo. Sin embargo, cuando llega el momento de integrar el equipo de salud -de cuya conformación todos hablamos, se termina sintetizando en el médico que va y resuelve.

La batalla a dar es encontrar un lugar en el equipo de salud, lo que por ahora, salvo en situaciones muy especiales, no lo tienen.

SEÑOR ZEBALLOS.- Estoy totalmente de acuerdo con el señor Diputado Vega Llanes.

El espíritu del segundo documento es exponer un montón de propuestas y ponerlas al servicio para la elaboración de una ley de nutrición y alimentación, que consideramos necesaria para el país.

Seguramente, esa ley abarque muchísimas cosas, mucho más de lo que venimos planteando, que tienen que ver con la producción y con elementos que sean amigables con el medio ambiente. Se trata de una visión mucho más holística de lo que estamos planteando. Seguramente, esto también tendrá que ver con el rol del licenciado en nutrición, como bien planteó el señor Diputado Vega Llanes.

Si nuestra actual atención en sanidad está apuntando a la prevención, el equipo de salud de primera atención debería estar integrado por un licenciado en nutrición. Como bien dice el señor Diputado Vega Llanes, en la actualidad sucede que ante la ausencia del licenciado en nutrición muchos otros profesionales terminan dando respuestas inherentes a la nutrición a los usuarios, cuando la Universidad de la República invierte cinco años -y más- en la formación del licenciado en nutrición.

Suceden dos cosas antagónicas. Por un lado, el profesional que no está formado en nutrición está dando opinión y utilizando su precioso tiempo para orientar al usuario en algo para lo que no fue formado. Por otro lado, los licenciados en nutrición están ausentes del equipo de trabajo. Seguramente, si tuviéramos un equipo interdisciplinario, integrando a los profesionales, en el que todos nos manejáramos de una manera horizontal y en el que cada uno se desempeñara para lo que está formado, el usuario se sentiría más contenido y podríamos generar cambios en estos números epidemiológicos actuales, que son muy preocupantes y terminan en que el usuario va al médico y termina llevándose una bolsa de remedios para el colesterol, la hipertensión y la diabetes. Nosotros, como licenciados en nutrición, podríamos aportar mucho y revertir, en

gran medida, muchos de esos gastos que hoy tiene Salud Pública y que todos pagamos mediante impuestos; podríamos revertir esa situación de gastos excesivos en medicación y tener una población con una mejor calidad de vida.

SEÑOR IGLESIAS.- En definitiva, es como la frase de Sócrates: "Que tu alimento sea tu medicina y tu medicina sea tu alimento". Esto lo dijo en el año 450 A.C.

Debemos crear una ley de nutrición, como existe en Brasil. Solamente los profesionales capacitados podrán desarrollar el abordaje de los problemas alimentario- nutricionales y participar de los distintos programas.

Pero no solo queremos quedarnos con eso. Acá hay algunas propuestas programáticas que es interesante visualizar. Estamos en una sociedad de consumo; consumimos, compramos, tiramos. ¿Cómo tratamos de revertir estos problemas del modelo neoliberal en propuestas tangibles? Una farmacia tiene que estar habilitada por un químico farmacéutico. En este caso, proponemos que en una serie de lugares donde se comercializan alimentos haya un menú saludable certificado. Hoy atendemos a la gente cuando ya tiene los problemas de salud y le decimos: "Consuma tales cosas". Pero no sabemos cómo están elaborados esos alimentos.

SEÑORA AGUIAR.- Como se decía, muchas veces los médicos terminan dando recomendaciones de nutrición a los pacientes, pero no porque no haya nutricionistas, sino porque generalmente en los lugares de trabajo prescinden de nosotros. Es un rol que se deja de lado. Siempre tiene que haber médicos, nurses, otros técnicos, pero nosotros vamos quedando de lado, y no porque no haya nutricionistas. Muchos colegas terminan trabajando en otros lugares que no tienen nada que ver con la nutrición porque tienen mejores sueldos u otras posibilidades. Todos trabajamos en mutualistas, en hospitales y vemos que esto sucede constantemente.

Me parece que deberíamos impulsar que en todos los servicios de salud, colegios, etcétera, se conociera la importancia de los nutricionistas, que pueden informar a la población sobre los problemas de salud que están ocurriendo en nuestro país.

SEÑOR PRESIDENTE.- Todos nosotros demandamos un cambio cultural respecto a la mirada que tenemos de la salud. En nuestro país, paradigmáticamente, la transición demográfica acompaña la transición epidemiológica. Hay patologías nuevas que no tienen un agente monocausal, son multicausales, mal llamadas no transmisibles. Se transmiten a través de hábitos culturales, de consumo, de estilos de vida. El problema de asumir que los estilos de vida son los causantes es que se culpabiliza a las víctimas. Tenemos que apostar a esos entornos. Yo no estoy tan seguro de que esto se pueda trasladar rápidamente a un modelo económico de funcionamiento. Hay varios modos de funcionamiento de la sociedad con diversos puntos de vista económico que se caracterizan por las mismas cosas. En todo caso, entre otras cosas lo que hace falta es el cambio de atención, que en teoría se supone es uno de los pilares que sustenta la transformación del Sistema Nacional de Salud. En lo personal -supongo que los demás integrantes de la Comisión también están de acuerdo, pienso que tiene que jerarquizarse el primer nivel de atención y que el nutricionista es una de las piezas clave. En general, uno imagina al nutricionista en la sala, como decía el señor Diputado Vega Llanes, y no trabajando en los lugares de primer nivel de atención.

La exposición que han hecho es un insumo importante para nuestra reflexión, y les agradecemos la visita.

Se levanta la reunión.